



Voorwaarden

Basisverzekering
Noord-Nederland

De Friesland Zorgverzekeraar

De Friesland is een zorgverzekeraar bij wie iedereen in Nederland zich kan verzekeren, maar wij richten ons primair op Noord-Nederland. U hebt de keus uit een breed pakket producten en diensten op het gebied van zorg en gezondheid. Uw gezondheid bevorderen is ons belangrijkste doel. Daarom mag u méér van ons verwachten dan alleen uitstekende verzekeringen tegen een scherpe premie. Zo besteden wij als zorgregisseur veel aandacht aan de beschikbaarheid en kwaliteit van de geboden zorg. Bovendien stimuleren wij actief een gezonde levensstijl. U kunt daarom als verzekerde extra voordelig meedoen aan allerlei gezonde acties zoals hardloopcursussen en schaatsclinics.

Kijk ook eens op www.defriesland.nl; hier vindt u meer informatie over De Friesland en de actuele gezonde acties.

Algemene informatie

Goed zorgverzekeraarschap

De Friesland heeft zowel in de verzekeringsvoorwaarden als in haar statuten regels vastgelegd met betrekking tot het goed en transparant uitvoeren van de Zorgverzekeringswet. Het kunnen afleggen van maatschappelijke verantwoording is daarbij een centraal thema. De verzekeringsvoorwaarden met betrekking tot de basisverzekering worden getoetst door de Nederlandse Zorgautoriteit. Bij deze toetsing wordt gekeken of de verzekeringsvoorwaarden die De Friesland hanteert en de nadere uitvoering van die voorwaarden voldoen aan de bepalingen zoals opgenomen in de Zorgverzekeringswet. Daarnaast worden de prestaties en de nominale premie en voorwaarden die De Friesland in alle verzekeringsvoorwaarden hanteert, bewaakt door externe consumentenorganisaties die daarover publiceren op de website www.kiesbeter.nl.

Onze reclame-uitingen worden conform de spelregels van de Reclame Code Commissie vormgegeven. Dit houdt in dat onze uitingen een reëel, duidelijk en correct beeld geven van de producten en diensten die wij bieden. Alle verzekerden van De Friesland moeten in de gelegenheid worden gesteld om de structuur en de organisatie van De Friesland te begrijpen. Daartoe wordt aan alle verzekerden en aspirant-verzekerden informatie verstrekt via folders en de website van De Friesland: www.defriesland.nl.

Ook in de folders en op de website van De Friesland worden minimumprestaties genoemd waaraan De Friesland moet voldoen. Het gaat hier om zaken als hoe snel worden declaraties betaald, wat mag u van klachtafhandeling verwachten, welke dienstverlening kent De Friesland en aan wat voor standaarden dient die te voldoen, responstijd van telefoon opnemen etc.

De invloed en inspraak van de verzekerden van De Friesland is gewaarborgd doordat de hoogste twee organen van De Friesland worden gevormd door twee ledenraden waarin leden-verzekerden zitting hebben. Zij besluiten uiteindelijk over het te voeren beleid, de benoeming van bestuurders en tal van andere zaken. Informatie over de ledenraad vindt u eveneens op onze website. De Friesland voert elk jaar daarnaast klantonderzoeken uit om te bekijken wat de klant van De Friesland verwacht en hoe wij daaraan kunnen voldoen. Deze onderzoeken hebben een directe uitwerking op voorwaarden en dienstverlening.

De Nederlandse zorgverzekeraars hebben regels opgesteld over de manier waarop zij hun taak opvatten en hoe zij zich willen gedragen. Deze regels zijn vastgelegd in de "Gedragscode van de zorgverzekeraar" waaraan De Friesland zich heeft verbonden. Een brochure over deze gedragscode is bij De Friesland op te vragen.

Wachttijstbemiddeling

Na tussenkomst door de wachttijstbemiddelaar garandeert De Friesland voor de volgende operaties of ingrepen dat de wachttijd de hieronder genoemde termijnen niet zal overschrijden:

a. heupoperatie	4 weken
b. arthroscopie/kijkoperatie	4 weken
c. knieoperatie	4 weken
d. spataderen	5 weken
e. rug/hernia	5 weken
f. liesbreuken	5 weken

Deze wachttijden zijn korter dan op basis van landelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (Treeknormen) aanvaardbaar wordt geacht.

Indien u langer moet wachten dan hiervoor aangegeven kunt u contact opnemen met de wachttijstbemiddelaar. Dit geldt uiteraard ook voor andere ingrepen. U kunt wachttijstbemiddeling aanvragen via onze website www.defriesland.nl of telefonisch onder nummer (058) 291 33 00.

Telefonische bereikbaarheid

Voor uw vragen is De Friesland bereikbaar onder nummer (058) 291 31 31.

Voor 80% van de binnenkomende gesprekken geldt dat deze binnen 45 seconden worden beantwoord. Maximaal 8 % van de gesprekken wordt doorverbonden.

Klachtenafhandeling

Na ontvangst van uw schriftelijk of per e-mail ingediende klacht ontvangt u een bevestiging van ontvangst. Een geschil over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet kent een behandelingsduur van maximaal 6 weken (artikel 37 van deze voorwaarden).

Mocht er meer tijd nodig zijn, ontvangt u daarvan bericht.

Inschrijving

De administratieve verwerking van een aanmelding vindt binnen 5 werkdagen plaats.

Uitbetaling

Gedeclareerde nota's worden binnen 10 werkdagen op uw rekening bijgeschreven.

Overzichten gecontracteerde zorgaanbieders

Overzichten van gecontracteerde zorgaanbieders zijn desgewenst op aanvraag verkrijgbaar bij De Friesland of te raadplegen op de website www.defriesland.nl.

Verzekeringsvoorwaarden

De Friesland Zorgverzekeraar Basisverzekering Noord-Nederland voor de provincies Drenthe, Flevoland, Friesland, Groningen, Noord-Holland en Overijssel

Verzekeringsvoorwaarden ingaande 1 januari 2007.

Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Zorgverzekeraar U.A.

Ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 01059332.

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn bij de Nederlandse Zorgautoriteit geregistreerd onder zaaknummer 25107301

Inhoud

1. Begripsomschrijvingen	7
2. Grondslag en dekkinggebied van de verzekering	13
3. Dekkingssystematiek	14
4. Eigen risico	18
5. No-claim	19
6. Toerekening zorgkosten	20
7. Algemeen	20
8. Aanspraken	21
9. Zorg door een huisarts	21
10. Farmaceutische zorg	22
11. Medisch specialistische zorg	24
12. Verblijf	24
13. Beademing	25
14. Orgaantransplantaties	25
15. Revalidatie	26
16. Verpleging (extramuraal)	26
17. Hemodialyse	27
18. Audiologische zorg	27
19. Erfelijkheidsonderzoek	28
20. IVF	28
21. Oncologische aandoeningen bij kinderen	28
22. Plastische chirurgie	28
23. Trombosezorg	29
24. Verloskundige zorg en kraamzorg	29
25. Paramedische zorg	31
26. Mondzorg	32

27. Hulpmiddelenzorg	36
28. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	37
29. Buitenland	39
30. Uitsluitingen	40
31. Verplichtingen van de verzekerde	42
32. Aansprakelijkheidsbeperking	43
33. Onterechte verzekering/fraude	43
34. Premiebetaling en schorsing	44
35. Herziening van nominale premie of voorwaarden	45
36. Begin en einde van de verzekering	46
37. Geschillen	49
38. Registratie persoonsgegevens	49

Verzekeringsvoorwaarden

De navolgende begripsomschrijvingen en artikelen zijn uitsluitend van toepassing op deze verzekeringsovereenkomst, gebaseerd op de Zorgverzekeringswet. Voor zover door u tevens een aanvullende verzekering is gesloten, wordt voor de bepaling van uw aanspraken uit hoofde daarvan verwezen naar de specifieke, op die verzekering toepasselijke, verzekeringsvoorwaarden.

1. Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1.1 Zorgverzekeraar

Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Zorgverzekeraar u.a. die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt, hierna aan te duiden als De Friesland.

1.2 Apotheker

Apotheker die als zodanig is geregistreerd overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

1.3 Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts die volgens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot het uitoefenen van de artseneijbereidkunst.

1.4 Audiologisch Centrum

Een zorginstelling die bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

1.5 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

1.6 Adviserend tandarts

De tandarts die De Friesland in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

1.7 Adviserend paramedicus

De paramedicus die De Friesland in paramedische aangelegenheden adviseert.

1.8 Bedrijfsarts

De arts die is ingeschreven in het register van de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.9 Bekkenthérapeut

Een fysiothérapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenthérapeut geregistreerd staat in het Register Verbizonderde Fysiothérapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiothérapeuten.

1.10 Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee door De Friesland gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

1.11 Collectief contract.

Een collectief contract is een overeenkomst op basis waarvan degenen die behoren tot een specifieke groep (bijvoorbeeld werknemers van een bedrijf of leden van een organisatie) met geldelijk voordeel een verzekeringsovereenkomst kunnen sluiten. De overeenkomst wordt afgesloten tussen De Friesland en een werkgever of een rechtspersoon.

1.12 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

1.13 Eigen risico

Het door de verzekeringnemer met De Friesland overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of diensten als bedoeld in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet dat de verzekeringnemer voor eigen rekening neemt.

1.14 EU- en EER land.

Behalve Nederland worden onder EU landen verstaan de volgende landen binnen de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland

1.15 Diagnose behandeling combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met

zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

1.16 Dialysecentrum

Een zorginstelling die conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

1.17 Diëtist

Diëtist, die voldoet aan de eisen van het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' (Stb. 1997, 523).

1.18 Ergotherapeut

Ergotherapeut, die voldoet aan de eisen van het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' (Stb. 1997, 523).

1.19 Farmaceutische Zorg

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door De Friesland vastgestelde reglement.

1.20 Fysiotherapeut

Fysiotherapeut die als zodanig is geregistreerd overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

1.21 Huidtherapeut

Huidtherapeut die voldoet aan de eisen van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, 528).

1.22 Huisarts

Ingevolge de Wet BIG geregistreerde arts die is ingeschreven in het register van Huisarts, Verpleegarts en Arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.23 Huisartsendienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29 c van het Besluit werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992, dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen.

1.24 Hulpmiddelenzorg

Het voorzien in de behoefte aan bij de Regeling zorgverzekering aangewezen hulp- en verbandmiddelen met inachtneming van het door De Friesland vastgestelde reglement waarin toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften zijn opgenomen.

1.25 In-vitrofertilisatiepoging

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw; het afnemen van de eicellen; de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium; het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

1.26 Kaakchirurg

Tandarts-specialist die is ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

1.27 Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

1.28 Kraamcentrum

Kraamcentrum dat, voor zover vereist, als zodanig bij of krachtens de wet is toegelaten.

1.29 Kraamverzorgende

Een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

1.30 Logopedist

Logopedist die voldoet aan de eisen van het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' (Stb. 1997, 523).

1.31 Manueel therapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten

1.32 **Marktconform tarief.**

Onder marktconform tarief wordt verstaan het gemiddelde tarief dat De Friesland voor dezelfde zorg bij een gecontracteerde zorgverlener met dezelfde kwalificaties zou hebben betaald.

Indien er sprake is van een landelijke markt wordt dit bedrag berekend op basis van het landelijk gemiddelde, is er sprake van een regionale markt wordt dit bedrag berekend op basis van het regionaal gemiddelde.

1.33 **Medisch adviseur**

Arts die De Friesland in medische aangelegenheden adviseert.

1.34 **Medisch-specialist**

Arts die is ingeschreven in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.35 **Mondhygiënist**

Mondhygiënist die voldoet aan de eisen van het ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’ (Stb. 1997, 523).

1.36 **Nurse practitioner**

Een verpleegkundige die de zorg heeft voor een bepaalde groep patiënten en die de opleiding “advanced nursing practice“, zijnde een HBO masters opleiding, met goed gevolg heeft afgerond.

1.37 **Oedeemtherapeut.**

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

1.38 **Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck**

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen van het ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’ (Stb. 1997, 523).

1.39 **Orthodontist**

Tandarts-specialist die is ingeschreven in het register voor dentomaxillaire orthopedie van de Specialisten Registratiecommissie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

1.40 **Physician assistant**

Een zorgprofessional die de HBO Masters opleiding “physician assistant “ met goed gevolg heeft afgerond en die de arts ondersteunt in zijn werk bij onder andere het uitoefenen van de meer routinematige geneeskundige handelingen. Deze handelingen gebeuren onder verantwoordelijkheid van de betreffende arts waarbij sprake is van een complementaire samenwerking met de arts.

1.41 **Revalidatie**

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

1.42 **Tandarts**

Tandarts die als zodanig is geregistreerd overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

1.43 **Tandprotheticus**

Tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het ‘Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus’ (Stb. 1997, 477).

1.44 **Verblijf**

Opname met een duur van 24 uur of langer.

1.45 **Verdragsland**

Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER lidstaten, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder vallen Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

1.46 **Verloskundige**

Verloskundige die als zodanig is geregistreerd overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Wet BIG.

1.47 **Verpleegkundige**

Verpleegkundige die als zodanig is geregistreerd overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de wet BIG.

1.48 Verzekerde

Degene wiens risico van behoefte aan zorg of overige diensten, als bedoeld in artikel 10 van de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt, zoals vermeld op het polisblad.

1.49 Verzekeringnemer

Een persoon die met De Friesland een zorgverzekering heeft gesloten.

1.50 Verzekeringsplichtige

Degene die op grond van artikel 2 van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

1.51 Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.52 Zelfstandig Behandelcentrum

Centrum voor medisch-specialistische zorg dat, voor zover vereist, als zodanig bij of krachtens de wet is toegelaten.

1.53 Ziekenhuis

Instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die, voor zover vereist, als zodanig bij of krachtens de wet is toegelaten.

1.54 Zorgaanbieder

Persoon of instelling die een of meer vormen van zorg in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden kan verlenen.

Met een zorgaanbieder als bedoeld in dit artikel wordt gelijkgesteld een zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd en die volgens het recht van het land van vestiging beschikt over kwalificaties die gelijkwaardig zijn aan die welke in Nederland gelden; kwalificaties die voldoen aan Richtlijn 2001/19/EG, Pb EG L 206. Artsen, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en apothekers opgeleid binnen één van de EU-lidstaten worden geacht hieraan te voldoen.

2. Grondslag en dekkinggebied van de verzekering

- 2.1 Deze verzekeringsvoorwaarden zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. Op deze verzekeringsvoorwaarden is Nederlands recht van toepassing. Deze verzekeringsvoorwaarden

moeten worden uitgelegd en toegepast in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.

Voor zover in deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar de Regeling zorgverzekering, reglementen van De Friesland of andere bijlagen, gelden deze als onderdeel van de overeenkomst en zijn op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op de website www.defriesland.nl.

- 2.2 Voorzover na het tijdstip waarop de tekst van deze verzekeringsvoorwaarden in druk is gegaan, zou blijken dat deze verzekeringsvoorwaarden op enig onderdeel niet in overeenstemming zijn met het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet worden deze verzekeringsvoorwaarden geacht zodanig te zijn gewijzigd dat zij wel in overeenstemming zijn met het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Bindend is uitsluitend de tekst van de verzekeringsvoorwaarden zoals deze luidt met inachtneming van de wijziging(en) als bedoeld in de vorige volzin. De Friesland zal verzekerden zodra mogelijk schriftelijk informeren over de eventuele wijziging(en) van de tekst die uit dit artikel voortvloeien. De eventueel aangepaste volledige tekst van de verzekeringsvoorwaarden kan worden geraadpleegd op www.defriesland.nl en wordt op verzoek toegezonden
- 2.3 Naast deze verzekeringsvoorwaarden verstrekt De Friesland als bewijs van het bestaan van deze verzekeringsovereenkomst een polisblad. Dit polisblad wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, indien deze een ander persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
- 2.4 Tot deze verzekering kunnen alleen verzekerden worden toegelaten die volgens de relevante Nederlandse wetgeving verzekeringsplichtig zijn en woonachtig zijn binnen de grenzen van de in lid 5 genoemde Nederlandse provincies of in het buitenland.
- 2.5 Deze verzekeringsvoorwaarden zijn van kracht in de provincies Drenthe, Flevoland, Friesland, Groningen, Noord-Holland en Overijssel. Tevens kunnen in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen in deze verzekering worden ingeschreven.

3. Dekkingsystematiek

3.1 **Zorg in natura**

De verzekerde heeft tegenover De Friesland recht op de volgende zorg of andere diensten:

- a. huisartsenzorg, zoals geregeld in artikel 9;
- b. verloskundige zorg en kraamzorg, zoals geregeld in artikel 24;
- c. medisch specialistische zorg en verblijf en verpleging zoals geregeld in de

artikelen 11 tot en met 23;

d. paramedische zorg, zoals geregeld in artikel 25;

e. dieetpreparaten, zoals geregeld in artikel 10 lid 8;

f. mondzorg, zoals geregeld in artikel 26 lid 1 en artikel 26 lid 7 voorzover verricht door de kaakchirurg, artikel 26 lid 6 en artikel 26 lid 7 sub b verricht door de tandprotheticus;

g. ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer, zoals geregeld in artikel 28;

h. hulpmiddelenzorg, zoals geregeld in artikel 27.

3.2 **Restitutie**

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van de volgende vormen van zorg:

a. mondzorg, zoals geregeld in artikel 26 lid 1 en lid 7b voorzover verricht door de tandarts;

b. farmaceutische zorg, zoals geregeld in artikel 10, m.u.v. 10.8 dieetpreparaten.

3.3 **Gecontracteerde zorgaanbieders**

Voor de zorg en overige diensten zoals genoemd onder lid 1 en 2 sub b moet de verzekerde zich in beginsel wenden tot een zorgverlener met wie De Friesland een overeenkomst heeft gesloten.

De lijst van de gecontracteerde zorgaanbieders kan bij De Friesland worden opgevraagd en kan worden geraadpleegd via www.defriesland.nl. Als de verzekerde gebruik maakt van de zorg of diensten van een gecontracteerde zorgverlener, neemt De Friesland 100% van de kosten daarvan voor haar rekening met inachtneming van eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

3.4 **Niet-gecontracteerde zorgaanbieders**

De verzekerde kan voor de zorg of diensten, genoemd in lid 1 of lid 2 sub b, ook gebruik maken van de diensten van zorgaanbieders met wie De Friesland geen overeenkomst heeft gesloten. De Friesland vergoedt in dat geval de gemaakte kosten, tot maximaal het marktconform tarief.

Voor fysiotherapie gelden - in afwijking van het voorgaande - de volgende vergoedingen als de verzekerde gebruik maakt van de diensten van een fysiotherapeut met wie De Friesland géén overeenkomst heeft gesloten:

a. voor gewone fysiotherapie een vergoeding van maximaal € 22,- per zitting;

b. voor een lange zitting individuele fysiotherapie een vergoeding van maximaal € 33,- per zitting;

c. voor een zitting manuele therapie een vergoeding van maximaal € 31,- per zitting

d. voor de bijzondere vormen van fysiotherapie (kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie en manuele lymfedrainage) een vergoeding van maximaal € 33,- per zitting;

- e. voor een eenmalig rapport kinderfysiotherapie maximaal € 31,-;
- f. voor een eenmalig consult € 40,-;
- g. voor bezoek door de fysiotherapeut aan huis een vergoeding van maximaal € 9,-;
- h. voor bezoek door de fysiotherapeut aan een verzekerde in een instelling een vergoeding van maximaal € 4,-;
- i. voor een groepsbehandeling voor 2 personen € 22,- per uur;
- j. voor een groepsbehandeling voor 3 personen € 15,- per uur;
- k. voor een groepsbehandeling voor 4 personen € 12,- per uur;
- l. voor een groepsbehandeling voor 5-10 personen € 10,- per uur.

3.5 Voor de zorg genoemd onder 3.2 a en b vindt vergoeding plaats tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief. Indien een dergelijk tarief niet is vastgesteld, tot maximaal het marktconform tarief.

3.6 Vergoeding als zorg niet tijdig beschikbaar is

Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door De Friesland gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling door De Friesland. De aan deze zorg verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed.

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief;
- indien en voorzover geen op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconform tarief.

Maatstaf voor het begrip 'tijdig' zijn de termijnen genoemd in de notitie Streefnormstelling wachttijden curatieve sector (Treeknormen). Deze notitie wordt desgevraagd door De Friesland toegezonden en kan worden geraadpleegd via www.defriesland.nl.

Na tussenkomst door de wachtlijstbemiddelaar garandeert De Friesland voor de volgende operaties of ingrepen dat de wachttijd de hieronder genoemde termijnen niet zal overschrijden:

- | | |
|------------------------------|---------|
| a. heupoperatie | 4 weken |
| b. arthroscopie/kijkoperatie | 4 weken |
| c. knieoperatie | 4 weken |
| d. spataderen | 5 weken |
| e. rug/hernia | 5 weken |
| f. liesbreuken | 5 weken |

Deze wachttijden zijn korter dan op basis van landelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (Treknormen) aanvaardbaar wordt geacht.

3.7 Overige bepalingen

Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding geldt met inachtneming van eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen het volgende:

a. De vergoeding is niet hoger dan het tarief dat op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mag worden gebracht.

b. Indien en voorzover geen op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconform tarief.

c. Indien er sprake is van acute zorg - dat wil zeggen zorg die geen uitstel gedooft - wordt de toestemming tot het invoeren van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval De Friesland zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

3.8 De Friesland is in alle gevallen bevoegd de kosten van zorg of overige diensten rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen. Door die betaling vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.

3.9 Voor het recht op vergoeding van kosten van zorg buiten Nederland verleend, wordt verwezen naar artikel 29.

3.10 Als De Friesland aan een zorgverlener rechtstreeks de kosten van verleende zorg of diensten heeft voldaan, zonder op die betaling het eigen risico in mindering te brengen dat voor rekening van de verzekerde moet blijven, is de verzekerde het bedrag van het eigen risico verschuldigd aan De Friesland.

3.11 Als volgens de Regeling zorgverzekering, genoemd in het Besluit zorgverzekering, een eigen bijdrage verschuldigd is wordt:

a. die eigen bijdrage aan de verzekerde in rekening gebracht, als De Friesland de kosten van zorg rechtstreeks aan de zorgverlener voldoet;

b. die eigen bijdrage in mindering gebracht op de vergoeding, als De Friesland de vergoeding aan de verzekerde zelf betaalt.

3.12 Indien een overeenkomst tussen De Friesland en een zorgaanbieder wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze zorgaanbieder recht op zorgverlening door die zorgaanbieder voor rekening van De Friesland.

4. Eigen risico

Indien een verzekerde van 18 jaar of ouder heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico is het volgende van toepassing:

- 4.1 Van de huisartsenzorg vallen de kosten van inschrijving buiten een eigen risico.
- 4.2 In die gevallen waarin, op grond van het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- 4.3 Kosten van zorg die ten laste van deze verzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claim, bedoeld in artikel 5, en worden daarna in de eventuele berekening van het eigen risico betrokken.
- 4.4 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het eigen risico berekend door het verschuldigde eigen risico in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarop de verzekeringsovereenkomst in dat jaar betrekking heeft gehad, gedeeld door het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- 4.5 Voor de vaststelling van het eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze aanvangt.
- 4.6 Indien De Friesland de kosten van verleende hulp rechtstreeks aan de zorgverlener heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande eigen risico bedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.
- 4.7 Als korting op de nominale premie bij een eigen risico (indien gekozen) gelden de volgende bedragen:

Eigen risico	Korting per maand
€ 100,-	€ 6,-
€ 200,-	€ 11,-
€ 300,-	€ 15,-
€ 400,-	€ 18,50
€ 500,-	€ 21,-

5. No-claim

- 5.1 Indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan het in lid 5 genoemde bedrag, heeft de verzekerde jegens De Friesland recht op een bedrag, de no-claimteruggave, dat gelijk is aan het verschil tussen het in lid 5 genoemde bedrag en eerder bedoelde waarde.
- 5.2 Geen recht op een no-claimteruggave hebben verzekerden voor wie geen nominale premie verschuldigd is.
- 5.3 Indien de zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar is ingegaan respectievelijk is geëindigd en de verzekeringnemer niet direct voorafgaande aan de ingangsdatum respectievelijk direct volgende op de datum waarop de verzekering eindigde een zorgverzekering met De Friesland had gesloten, dan wel indien voor de verzekerde gedurende het kalenderjaar nominale premie verschuldigd is geworden, wordt het in lid 5 genoemde bedrag vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep dan wel nominale premie verschuldigd was, en de noemer aan het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- 5.4 Indien het derde lid van toepassing is, wordt de no-claimteruggave berekend door van het ingevolge dat lid bepaalde bedrag af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties, genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop voor de verzekerde nominale premie verschuldigd werd.
- 5.5 Het bedrag, bedoeld in lid 1 bedraagt € 255,-.
- 5.6 Voor de toepassing van lid 1 worden buiten beschouwing gelaten:
- het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
 - de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde tarief in rekening te brengen.
- 5.7 De no-claimteruggave wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, uitgekeerd door overmaking op de bankrekening van de verzekerde.

- 5.8 Indien blijkt dat zorg is gebruikt, met de kosten waarvan De Friesland bij de berekening van de no-claimteruggave geen rekening kon houden, wordt de no-claimteruggave uiterlijk op 31 maart van het tweede kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, gecorrigeerd.

6. Toerekening zorgkosten bij toepassing van eigen risico en/of no-claim

- 6.1 Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is aangevangen.
- 6.2 Kosten die voor rekening van de verzekerde blijven worden bij de berekening van de no-claimteruggave en de beantwoording van de vraag of een voor zijn verzekering geldend eigen risico wordt overschreden, buiten beschouwing gelaten. De Friesland brengt kosten van zorg of overige diensten slechts in mindering op een voor een bepaald kalenderjaar geldend eigen risico, voor zover deze het ingevolge artikel 5 toepasselijke bedrag hebben overschreden.

7. Algemeen

- 7.1 Voor zover volgens de artikelen 9 tot en met 29 de toestemming van De Friesland, een verwijzing, een voorschrift of inschrijving op naam vereist is, bestaat alleen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat de verzekerde van de desbetreffende zorg gebruik maakt.
- 7.2 Recht op zorg of diensten, of recht op vergoeding van de kosten daarvan, bestaat alleen als de verzekerde zich wendt tot een zorgverlener met de kwalificaties die per vorm van zorg worden vermeld in de artikelen 9 tot en met 29. De Friesland kan echter aan een verzekerde toestemming verlenen voor rekening van De Friesland gebruik te maken van de zorg of overige diensten van een zorgverlener met een andere kwalificatie dan vermeld in de artikelen 9 tot en met 29. Deze toestemming dient voorafgaand aan de behandeling te worden verleend.
- 7.3 **Begin en einde van de vergoeding:**
De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie, en niet de datum

waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is.

8. Aanspraken

- 8.1 De inhoud en omvang van de verzekerde vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en - bij het ontbreken van een zodanige maatstaf - door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.2 Onverminderd hetgeen elders in deze verzekeringsvoorwaarden is bepaald heeft de verzekerde slechts recht op een vorm van zorg of dienst voor zover hij of zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De te verlenen zorg of diensten dienen doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn.
- 8.3 De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- 8.4 Recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat mits de zorg wordt verleend op de plaats die gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

9. Zorg door een huisarts

- 9.1 Geneeskundige hulp door een huisarts, huisartsendienstenstructuur dan wel gespecialiseerde verpleegkundige en/of praktijkondersteuner/ nurse practitioner/ physician assistant die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. Zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

10. Farmaceutische zorg

- 10.1 Farmaceutische zorg omvat het afleveren van:
- a. de door De Friesland op basis van de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
- 10.2 De onder lid 1 sub a genoemde aanspraak bestaat uit aflevering van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door De Friesland. Een en ander is nader uitgewerkt in het reglement farmaceutische zorg van De Friesland dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst wordt toegestuurd.
Dit reglement is tevens in te zien via www.defriesland.nl.
De aanwijzing door De Friesland geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.
- 10.3 Aanspraak bestaat uitsluitend op een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift. De onder lid 1 genoemde middelen dienen te zijn afgeleverd op voorschrift van de huisarts, de behandelend medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Aflevering geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of de apotheekhoudend huisarts.
- 10.4 In de bij het reglement farmaceutische zorg van De Friesland te bepalen gevallen worden nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de aflevering van geneesmiddelen gesteld.
- 10.5 Per voorschrift worden niet meer geneesmiddelen afgeleverd c.q worden de kosten van aflevering slechts vergoed voor een periode van ten hoogste:
- a. - 15 dagen indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
 - b. - 15 dagen indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft;
 - c. - 3 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, (te bepalen door de voorschrijver), met uitzondering van hypnotica en anxiolytica; ingeval van tijdelijk verblijf in het buitenland gedurende een periode langer dan drie maanden, per voorschrift een periode van ten hoogste 6 maanden
 - d. - 12 maanden indien het orale anticonceptiva betreft;
 - e. - 1 maand in overige gevallen.

10.6 Voorkeursleveranciers (preferred providers)

De Friesland maakt met een aantal (ketens van) apothekers aanvullende afspraken. Voor verzekerden die hun zorg betrekken van deze apothekers geldt dat artikel 10.2 (preferentiebeleid) niet van toepassing is.

De lijst met voorkeursleveranciers is in te zien via www.defriesland.nl of is op aanvraag verkrijgbaar.

10.7 De onder lid 1 b genoemde aanspraak is, voor wat betreft geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten die in Nederland mogen worden afgeleverd, beperkt tot een verzekerde die lijdt aan een ziekte die in Nederland minder vaak voorkomt dan bij 1 op 150.000 inwoners.

10.8 Aanspraak bestaat op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten uitsluitend voor een verzekerde:

a. die lijdt aan een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis of

b. met een dreigende ernstige ondervoeding en die lijdt aan chronisch obstructief longlijden, cystische fybrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft.

Voorafgaande toestemming door De Friesland is vereist.

10.9 Vrouwelijke verzekerden die jonger zijn dan 21 jaar kunnen aanspraak maken op hormonale anticonceptiva en spiraaltjes.

Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door de huisarts of medisch specialist en moet worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts en dient alleen voor eigen gebruik. Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of specialist nodig.

10.10 De verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd.

11. Medisch-specialistische zorg

11.1 Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.

De zorg dient te worden verleend door een medisch-specialist, werkzaam in een ziekenhuis of een medisch-specialist werkzaam buiten een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.

Er is een verwijzing door de huisarts, sportarts, tandarts, verloskundige, kaakchirurg, medisch-specialist of bedrijfsarts noodzakelijk. Een verwijzing houdt noodzakelijkerwijs verband met de uitoefening van het vakgebied van de betreffende voorschrijver.

Voor een MRI scan is verwijzing door de behandelend specialist noodzakelijk.

Voor consultatie van de oogarts is geen verwijzing nodig.

Voor een second opinion door een medisch-specialist is een verwijzing door de huisarts noodzakelijk.

12. Verblijf

12.1 Verblijf in een ziekenhuis gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 11 al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

a. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.

b. In afwijking van het gestelde onder a tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 365 dagen.

c. Er is een verwijzing door de huisarts of behandelend medisch-specialist noodzakelijk. In geval van cosmetische of vormverbeterende verrichtingen (KNO heilkunde, oogheelkunde, plastische chirurgie), invitrofertilisatie (IVF) en mond- en kaakchirurgie bestaat slechts aanspraak op opnemings, behandeling en verder verblijf in een ziekenhuis, met inbegrip van medisch specialistische zorg, na voorafgaande schriftelijke toestemming door De Friesland (zie ook artikel 30 Uitsluitingen).

12.2 Astmacentrum Davos

Aanspraak bestaat op behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos indien een soortgelijke behandeling in Nederland zonder succes heeft plaatsgevonden en behandeling in Davos als doelmatig kan worden beschouwd. Verwijzing dient plaats te vinden door de behandelend longarts. Er is voorafgaande toestemming door De Friesland nodig.

13. Beademing

- 13.1 Aanspraak bestaat op noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaats vindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de zorg uit:
- het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiks klaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
 - de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

14. Organtransplantaties

- 14.1 Aanspraak bestaat op zorg in verband met transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart/long, nier/pancreas en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Om deze aanspraak geldend te maken is voorafgaande toestemming door De Friesland noodzakelijk. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.
- 14.2 De geneeskundige zorg, bedoeld in het eerste lid omvat tevens vergoeding van de kosten van:
- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
 - specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
 - het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het post-mortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
 - de zorg waarop ingevolge dit artikel aanspraak bestaat aan de donor, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met de opname;
 - het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis met de zorg, bedoeld in onderdeel d;
 - het vervoer van en naar Nederland, van een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden

met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten.

15. Revalidatie

a. Aanspraak bestaat op revalidatie indien:

Deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

b. Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

c. Aanspraak op deze zorg bestaat uitsluitend wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij De Friesland is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer De Friesland als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een machtiging heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan opgesteld door de revalidatiearts. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

16. Verpleging extramuraal

- 16.1 Verpleging en verzorging omvat de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In plaats van de in artikel 12 en 15 bedoelde verpleging, kan na voorafgaande schriftelijke toestemming door De Friesland verpleging en verzorging in een nader aan te wijzen instelling of op een andere plaats plaatsvinden. Deze verpleging en verzorging moet noodzakelijk zijn in verband met medisch-specialistische zorg.

17. Hemodialyse

17.1 Aanspraak bestaat op niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse, alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of thuis al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling verpleging, de voor deze behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse bij de verzekerde thuis behoort tevens:

- de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- het in bruikleen geven van de hemodialyse-apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in oorspronkelijke staat voor zover De Friesland die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover De Friesland die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

18. Audiologische zorg

18.1 Aanspraak bestaat op audiologische zorg door een audiologisch centrum, omvatende het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie, alsmede hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

De aanspraak kan uitsluitend geldend worden gemaakt op voorschrift van de huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

19 Erfelijkheidsonderzoek

- 19.1 Aanspraak bestaat op centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door een arts of medisch-specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

20 IVF

- 20.1 Na voorafgaande toestemming door De Friesland bestaat aanspraak op de 1^e, 2^e en 3^e IVF poging per te realiseren zwangerschap. Onder te realiseren zwangerschap wordt verstaan een voortgaande zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de laatste menstruatie.
Voor IVF behandelingen dient het ziekenhuis de wettelijk vereiste vergunningen hebben.

21. Oncologische aandoeningen bij kinderen

- 21.1 Aanspraak bestaat op centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed-, stamcel- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

22. Plastische chirurgie

- 22.1 Op verwijzing van de huisarts, medisch specialist of kaakchirurg bestaat aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard indien deze strekt tot correctie van:
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak-, en gehemeldespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

e. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

- 22.2 Voorafgaande toestemming door De Friesland is vereist. De aanvraag omvat een omschrijving van de gevraagde behandeling.

23. Trombosezorg

- 23.1 Aanspraak bestaat op zorg door de trombosedienst op voorschrift van een medisch specialist.

De zorg omvat:

a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;

b. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;

c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;

d. het opleiden van de verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;

e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

24. Verloskundige zorg en kraamzorg

- 24.1 De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden zoals een verloskundige die pleegt te bieden, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden dan wel zelfstandig werkend kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt.

Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of huisarts medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel 11 al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

b. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis of in een kraamcentrum zonder medische noodzaak.

Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak plaatsvinden, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op:

- verloskundige hulp en kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 102,- per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Indien de bevalling en/of het kraambed in een kraamcentrum plaatsvinden, bestaat voor de moeder en, met ingang van de dag van bevalling, voor haar kind, aanspraak op:

- verloskundige zorg en kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 102,- per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

c. Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 102,- per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende

kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg zoals omschreven in lid d sub c, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid d sub c genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

d. Bevalling en kraambed thuis

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op:

- a. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- c. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende, van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraambureau in overleg met De Friesland.

Op de aanspraak zoals genoemd onder c blijft een bedrag van € 3,60 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

25. Paramedische zorg

25.1 De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en diëtadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

25.2 Fysiotherapie en oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie omvat de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage zenden wij u desgevraagd toe en is te raadplegen op www.defriesland.nl. Deze zorg omvat voor verzekerden van 18 jaar en ouder niet de eerste 9 behandelingen.

25.3 In andere gevallen dan het tweede lid omvat fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden jonger dan 18 jaar tevens ten hoogste 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar.

Op verwijzing van een arts of medisch specialist bestaat aanspraak op maximaal negen extra behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut Mensen-dieck/ Cesar per indicatie per kalenderjaar, indien sprake is van een ontoereikend resultaat.

25.4 Overige bepalingen met betrekking tot fysiotherapie

- a. Behandeling van lymfoedeem mag ook worden verricht door een huidtherapeut.
- b. Om de aanspraak zoals genoemd onder lid 2 en 3 geldend te maken is een verwijzing door de huisarts, sportarts of de behandelend specialist noodzakelijk. De bedrijfsarts mag verwijzen als er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

25.5 Ergotherapie

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van een arts, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

25.6 Logopedie

Logopedie omvat behandeling door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Er is een verwijzing nodig door de huisarts of tandarts.

Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

25.7 Dieetadvisering

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist met een medisch doel, op verwijzing van een arts of tandarts, gedurende maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

26. Mondzorg

- 26.1 Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
- a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;

b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan of;

c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

- 26.2 Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. De zorg dient te worden verleend door een tandarts of een kaakchirurg. De prothese mag ook worden geleverd door een gecontracteerde tandprotheticus.
- 26.3 Orthodontische hulp door een orthodontist en/of kaakchirurg is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundig noodzakelijk is.
- 26.4 Vergoeding van de zorg genoemd onder de leden 1, 2 en 3 vindt alleen plaats als De Friesland op een daartoe strekkend gemotiveerd verzoek, voorzien van een begroting, voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend. Er wordt geen toestemming verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- 26.5 Mondzorg verleend door een tandarts omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;

- j. gnathologische hulp;
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige hulp; met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

- 26.6 Voor verzekerden jonger dan 18 jaar geldt dat de volgende behandelingen ook kunnen worden verleend door de mondhygiënist:
- a. het aanbrengen van kleine vullingen (primaire caviteiten) en het toepassen van anesthesie;
 - b. het verwijderen van tandsteen;
 - c. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - d. sealing;
 - e. parodontale hulp.

Voor de verrichting onder artikel 26.6 sub a is een opdracht van de tandarts noodzakelijk.

Voor de verrichtingen onder artikel 26.6 sub b t/m e is een verwijzing door de tandarts nodig.

- 26.7 Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard door een kaakchirurg en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.
Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg (lid 7 sub a) in geval van behandeling door een kaakchirurg is voorafgaande toestemming van De Friesland vereist, indien de hulp, extractie onder narcose of osteotomie betreft.
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak geleverd door de tandarts algemeen practicus of tandprotheticus.
 - c. Reparatie en rebasing van een bestaande uitneembare volledige prothese of bestaande volledige overkappingprothese.

- 26.8. a. Voor de zorg zoals bedoeld in 28 lid 1 sub a is een eigen bijdrage verschuldigd ter hoogte van het bedrag dat de tandarts algemeen-practicus in rekening zou brengen voor de volgende behandelingen:
- preventief onderzoek
 - incidenteel consult
 - extractie
 - parodontale hulp
 - endodontische hulp
 - restauratie van gebitselementen met plastische materialen
 - uitneembare niet-volledige prothetische voorzieningen
- b. Indien de zorg zoals bedoeld in lid 1 sub b wordt verleend aan een verzekerde van 18 jaar of ouder met een extreme angst voor mondzorg is de eigen bijdrage zoals hiervoor genoemd onder lid 8 sub a eveneens van toepassing.
- c. Indien de zorg zoals bedoeld in lid 1 sub a, b of c. bestaat uit een uitneembare volledige prothetische voorziening dan wel uit een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten is een eigen bijdrage verschuldigd van € 90,- per voorziening.
- d. Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening als genoemd onder lid 7 sub b is een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten van die voorziening.
- 26.9 Voor een uitneembare volledige prothese geldt dat voorafgaande toestemming door De Friesland nodig is in de volgende situaties:
1. indien er sprake is van vervanging van de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf
 2. indien de kosten van de prothese (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan € 525,- per onder - of bovenkaak;
 3. indien de kosten van de prothese (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan € 1000,- voor onder - en bovenkaak gelijktijdig;
 4. indien de prothese wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus geldt dat toestemming is vereist indien de kosten meer dan € 450,- per onder- of bovenkaak bedragen.

27. Hulpmiddelenzorg

- 27.1 Hulpmiddelenzorg omvat functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, aangewezen bij Regeling zorgverzekering. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij de Regeling zorgverzekering anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.
- 27.2 Voor het tot gelding brengen van het recht op een hulpmiddel is voorafgaande toestemming van De Friesland vereist, tenzij in het Reglement hulpmiddelen van De Friesland is bepaald dat bij de eerste verschaffing, wijziging, herstel of vervanging van hulpmiddelen geen voorafgaande toestemming noodzakelijk is. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. De algemene voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende, vereisten zijn opgenomen in het reglement hulpmiddelen.
- 27.3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- 27.4 Aanspraak op verbandmiddelen bestaat alleen indien er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
- 27.5 In de in de Regeling zorgverzekering bepaalde gevallen is de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd ter grootte van:
- het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort;
 - een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten.
- 27.6 Aanspraak op de behandeling van psoriasis door middel van UV-B lichtbehandeling thuis op aanvraag van de huidarts en na voorafgaande toestemming door De Friesland.
- 27.7 Aanspraak op de huur van een motorslede die wordt gebruikt bij de nabehandeling van een gecompliceerd gewrichtsletsel aan armen of benen op aanvraag van de orthopedisch chirurg en na voorafgaande toestemming door De Friesland.
- 27.8 Aanspraak op de huur van vacuümpompsysteem bij de behandeling van langdurige grote open wonden op voorschrift van de behandelend medisch specialist en na voorafgaande toestemming door De Friesland

- 27.9 Hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van het verblijf in een ziekenhuis (opneming) of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opneming of behandeling, vallen niet onder de in dit artikel beschreven zorg. Evenmin vallen onder de aanspraak die hulpmiddelen en verbandmiddelen die afgeleverd worden in het kader van een verblijf in een AWBZ-instelling en die kunnen worden geacht deel uit te maken van de opneming en het verdere verblijf in een dergelijke instelling.
- 27.10 Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die door De Friesland in het Reglement hulpmiddelen zijn opgenomen.

28. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

28.1 Ambulancevervoer

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer of per helikopter, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:

a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;

b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;

c. vanuit een instelling, bedoeld onder b, naar:

1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;

2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;

d. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a, b of c.

2 Indien De Friesland een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

28.2 Zittend Ziekenvervoer

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als bedoeld in artikel 28, lid 1 over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:

- a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
- b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.

2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding € 0,25 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met d, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

4. Indien De Friesland een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

5. De verzekerde is voor zittend ziekenvervoer een bijdrage verschuldigd van € 85,- per kalenderjaar.

28.3 Overige bepalingen met betrekking tot ziekenvervoer

1. Zittend ziekenvervoer als bedoeld in artikel 28, lid 2 dient vooraf te worden aangevraagd. De Friesland kan bij het verlenen van toestemming voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

2. In gevallen waarin ziekenvervoer per auto of openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan De Friesland toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door De Friesland aan te geven vervoermiddel.

3. Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden zestien jaar. In bijzondere gevallen kan De Friesland vervoer van twee begeleiders toestaan.

4. Voor vervoer per helikopter geldt verwijzing via de meldkamer ambulancevervoer of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg.

29. Buitenland

- 29.1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als een verzekerde de zorg inroept van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 3.4.
- 29.2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land dan Nederland of verdragsland, heeft naar keuze:
- aanspraak op onvoorziene medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - aanspraak op zorg door een zorginstelling of zorgverlener die door De Friesland in het woonland of in het land van tijdelijk verblijf is gecontracteerd;
 - aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde in artikel 3.4.
- 29.3 De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde in artikel 3.4.
- 29.4 Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die woont in een ander EU/EER-land dan Nederland of verdragsland, en die tijdelijk in Nederland of een ander EU/EER-land dan het woonland verblijft.
- 29.5 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt volledige vergoeding van de kosten plaats voorzover:
- a. er sprake is van wachtlijstbemiddeling door De Friesland of;
 - b. de zorg in Nederland niet voorhanden is en na voorafgaande toestemming door De Friesland
- 29.6 Voor spoedeisende zorg dient rechtstreeks en zo mogelijk vooraf contact te worden opgenomen met de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmservice. De De Friesland Zorgverzekeraar Alarmservice is dag en nacht, 7 dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (212 02 12). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 212 02 12. Faxnummer: 0031 58 212 00 12. E-mailadres: alarmservice@defriesland.nl

Bij noodsituaties en ziekenhuisopname dient zo spoedig mogelijk en in beginsel voorafgaand aan de zorgverlening overleg plaats te vinden met de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmservice. Als aan deze voorwaarde niet is voldaan, kan vergoeding worden geweigerd.

- 29.7 De vergoeding van de verzekerde kosten geschiedt in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de omrekenkoers zoals die voor verdragslanden is vastgesteld door het College voor Zorgverzekeringen en voor alle overige landen tegen de koers zoals die geldt op de dag van het vaststellen van de uitkering.

30. Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

- 30.1 voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- 30.2 voor alternatieve geneeswijzen;
- 30.3 voor geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- 30.4 voor behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- 30.5 voor abdominoplastiek tenzij er sprake is van een vermindering die in ernst te vergelijken is met een derdergraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooiën of van een zeer ernstige bewegingsvrijheid
- 30.6 liposuctie van de buik;
- 30.7 voor het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstampuatie;
- 30.8 voor het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstampuatie;
- 30.9 voor behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;

- 30.10 voor behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- 30.11 voor behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- 30.12 voor behandelingen gericht op de circumcisie van de mannelijke verzekerde (besnijdenis).
- 30.13 geen aanspraak bestaat op behandelingen - daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de eerste, tweede en derde in vitro fertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap.
- 30.14 prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft.
- 30.15 voor een kraampakket ter zake van verloskundige zorg;
- 30.16 voor declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken, keuringen, attesten en griep- en andere vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
- 30.17 voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf.;
- 30.18 als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura- uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.
- In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van

een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering te bepalen omvang.

31. Verplichtingen van de verzekerde

31.1 De verzekerde is verplicht:

- a. bij het intropen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart.
- b. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, adviserend tandarts of adviserend paramedicus. Dit is nodig in verband met controles en fraudeonderzoek die door De Friesland worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet;
- c. aan de medisch adviseur, adviserend tandarts of adviserend paramedicus van De Friesland of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie. Dit is nodig in verband met controles en fraudeonderzoek die door De Friesland worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet;
- d. De Friesland behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- e. indien door de verzekerde door hem/haar zelf vooraf betaalde rekeningen worden gedeclareerd, de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij De Friesland in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding De Friesland is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn.
- f. bij medisch-specialistische zorg en zittend ziekenvervoer een verwijzing van een arts, tandarts of medisch-specialist, over te leggen, indien De Friesland hierom vraagt;
- g. bij fysiotherapie, oefentherapie (Cesar/Mensendieck), ergotherapie en logopedie een verwijzing van een arts of medisch-specialist over te leggen, indien De Friesland hierom vraagt.

31.2 Indien de verzekerde gedetineerd raakt of uit detentie wordt ontslagen, dient dit uiterlijk binnen vier weken schriftelijk aan De Friesland te zijn gemeld. Gedurende de periode van detentie bestaat onder deze polis geen recht op zorg of recht op vergoeding van kosten van zorg. De verzekeringsdekking vangt eerst weer aan vanaf het moment dat de detentie is beëindigd.

- 31.3 De verzekeringnemer stelt De Friesland onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.
Indien De Friesland op grond van die gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.
- 31.4 De verzekeringnemer is verplicht De Friesland te informeren over de naam van de nieuwe zorgverzekeraar, indien voor een verzekerde in aansluiting op een verzekering bij De Friesland een zorgverzekering bij een nieuwe zorgverzekeraar wordt gesloten.
- 31.5 Wanneer de belangen van De Friesland worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft De Friesland geen kosten te vergoeden.
- 31.6 De verzekeringnemer is verplicht binnen een maand aan De Friesland kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, geboorte, einde deelname aan een collectief contract, overlijden, e.d.
Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

32. Aansprakelijkheidsbeperking

- 32.1 De Friesland is niet aansprakelijk voor schade die de verzekeringnemer of de verzekerde lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder van wiens zorg de verzekeringnemer of de verzekerde in het kader van de zorgverzekering gebruik heeft gemaakt.
- 32.2 De eventuele aansprakelijkheid van De Friesland voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen bij de uitvoering van de zorgverzekering is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de overeenkomst ten laste van De Friesland zouden zijn gekomen.

33. Onterechte verzekering/fraude

- 33.1 Indien ten behoeve van een of meer verzekerden een verzekeringsovereenkomst tot stand komt en later blijkt dat één of meer verzekerden geen verzekeringsplicht hadden, vervalt de verzekeringsovereenkomst ten behoeve van hen met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringsplicht bestaat en is de verzekeringnemer gehouden alle gedurende de periode van onterechte verzekering vergoede kosten te restitueren. De Friesland kan deze vordering desgewenst compenseren met andere uitkeringen aan de verzekeringnemer.
- 33.2 Onder fraude wordt verstaan het op oneigenlijke gronden en wijze verkrijgen of trachten te verkrijgen van een verzekeringsuitkering waarop geen recht bestaat of het verkrijgen of trachten te verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendzelen.
- Fraude heeft tot gevolg dat er geheel geen verzekeringsuitkering zal plaatsvinden. Ook heeft fraude tot gevolg dat:
- aangifte zal worden gedaan bij de politie;
 - de verzekering(en) word(t)en beëindigd. Dit geldt eveneens voor eventueel bij O.W.M. De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen U.A. en/of De Friesland Reisverzekeringen N.V. lopende (aanvullende) verzekeringen;
 - registratie zal plaatsvinden in het door De Friesland bijgehouden incidentenregister;
 - er een registratie plaatsvindt in het tussen verzekeraars geldende signaleringssysteem;
 - eventueel onterecht uitgekeerde schade en onderzoekskosten worden teruggevorderd.

34. Premiebetaling en schorsing

De premiegrondslag (bruto nominale premie) voor deze verzekering staat vermeld op het polisbewijs en is tevens te vinden op de website van De Friesland: www.defriesland.nl. Op deze premiegrondslag kan eventueel een collectiviteitskorting en korting op basis van een gekozen eigen risico worden toegepast (artikel 4 lid 7). Daarnaast is een rentevergoeding mogelijk bij vooruitbetaling van nominale premie (artikel 34 lid 1 sub a).

34.1 Premiebetaling

a. De verzekeringnemer is verplicht de nominale premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. Bij vooruitbetaling per kwartaal geldt een rentevergoeding van 0,5%, bij vooruitbetaling per halfjaar geldt een rentevergoeding van 1% en bij vooruitbetaling per jaar geldt een rentevergoeding van 2%. Deze rentevergoeding wordt

berekend over de premiegrondslag na aftrek van mogelijke collectiviteitkorting en/of korting in verband met een eigen risico.

b. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is De Friesland gerechtigd de nominale premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen nominale premie te verrekenen met de van De Friesland te vorderen vergoeding.

c. Voor een verzekerde is geen nominale premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. De Friesland benadert de minderjarige verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste 4 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt met de vraag voor welk eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde nominale premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt de nominale premie berekend overeenkomend met een polis zonder eigen risico.

d. In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening c.q. restitutie van de nominale premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum. Bij overlijden van de verzekeringnemer gaat de verplichting tot premiebetaling over op de verzekerde(n) waarvoor hij of zij premieplichtig was of voor zover van toepassing op de wettelijke vertegenwoordiger van die verzekerde(n).

e. De verzekeringnemer blijft verantwoordelijk voor de nominale premiebetaling ook indien bij een collectief contract is overeengekomen dat de nominale premie door tussenkomst van een derde partij (bijv. werkgever) wordt voldaan en indien deze in gebreke blijft.

34.2 **Schorsing**

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de nominale premie, wettelijke bijdragen, eventueel andere verschuldigde bedragen zoals eigen bijdragen, eigen risico en kosten kan De Friesland schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de nominale premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de nominale premie te voldoen. Indien De Friesland maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door De Friesland zijn ontvangen.

Indien De Friesland overgaat tot ontbinding op grond van artikel 34 lid 2 zal dit plaatsvinden 14 dagen na de finale aanmaning.

35. Herziening van nominale premie of voorwaarden

- 35.1 De Friesland heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de nominale premies van de bij hem lopende zorgpolissen te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door De Friesland vast te stellen datum. De Friesland doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties. Tussen de ingangsdatum van een dergelijke herziening en de aankondiging daarvan zit minimaal één volledige kalendermaand.
- 35.2 Bij een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerde of bij een verhoging van de premiegrondslag kan de verzekeringnemer de verzekering opzeggen gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
- 35.3 De verzekeringnemer kan niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de Zorgverzekeringswet gestelde regels.
- 35.4 De opzegging, bedoeld in het tweede lid gaat in op de ingangsdatum van de herziening van de voorwaarden en /of premie.
- 35.5 Heeft De Friesland binnen de in het lid genoemde termijn geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet onder de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe nominale premie.

36. Begin en einde van de verzekering

- 36.1 De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend, of middels feitelijke betaling van nominale premie bevestigd, aanvraagformulier alsmede de eventueel daarnaast verstrekte gegevens en gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.
- 36.2 Indien De Friesland op basis van het in het eerste lid bedoelde aanvraagformulier niet vast kan stellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en zij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de zorgverzekering, in afwijking van het eerste lid, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.

- 36.3 Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het aanmeldingsformulier, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.
- 36.4.1 Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonedig in afwijking van artikel 925 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- 36.4.2 Indien de verzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, lid 4 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging werkt deze terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.
- 36.5 De verzekeringnemer kan de verzekeringsovereenkomst zonder opgave van reden binnen 15 dagen na dagtekening van het polisblad schriftelijk opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.
- 36.6 Indien aan een ingevuld aanvraagformulier vormfouten kleven, kan De Friesland de eerste premiebetaling als formele bevestiging van de aanvraag beschouwen. Indien de zorgverzekering ingaat in de loop van een kalenderjaar wordt deze aangegaan voor de resterende duur van dat kalenderjaar.
- 36.7 De Friesland is niet verplicht een zorgverzekering af te sluiten met of ten behoeve van een verzekeringsplichtige wiens eerdere zorgverzekering bij De Friesland binnen een periode van 5 jaar onmiddellijk voorafgaande aan het verzoek tot het sluiten van de verzekering is opgezegd of ontbonden wegens:
- opzettelijke misleiding, fraude of enige andere vorm van wanprestatie door de verzekeringsnemer of de verzekerde jegens De Friesland;
 - het niet betalen van de nominale premie.
- 36.8 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering voor 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- 36.9 De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde met ingang van de dag volgend op de dag van het overlijden. De Friesland dient binnen 30 dagen

na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden.

- 36.10 De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip waarop zijn verzekeringsplicht eindigt of als De Friesland ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- 36.11 De verzekering eindigt van rechtswege indien de verzekerde ten gevolge van een wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van De Friesland komt te wonen;
- 36.12 De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op de eerste dag van de tweede maand volgend op de maand van verhuizing naar een woonplaats buiten het gebied waarbinnen deze polis van kracht is. In dat geval kan verzekerde worden ingeschreven in de De Friesland Zorgverzekeraar Basisverzekering Zuid-Nederland, die van kracht is in Gelderland, Limburg, Noord-Brabant, Utrecht, Zeeland en Zuid-Holland.
- 36.13 Indien de verzekeringnemer een andere is dan de verzekerde en eerstgenoemde verzoekt schriftelijk om beëindiging van de verzekering van de verzekerde omdat deze zich intussen elders op grond van de Zorgverzekeringswet heeft verzekerd, eindigt de verzekering per ingangsdatum van de nieuwe verzekering indien de opzegging voor die ingangsdatum wordt ontvangen of indien het verzoek later wordt ontvangen met ingang van de eerste dag van de tweede maand, volgend op die waarop het verzoek daartoe door De Friesland wordt ontvangen.

De verzekeringnemer dient daartoe bewijsstukken over te leggen.

- 36.14 De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van het ene collectief contract in verband met het dienstverband naar het andere collectief contract in verband met het dienstverband.
De verzekeringnemer kan de oude zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand
- 36.15 De Friesland stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van lid 10 of lid 11 eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- 36.16 Indien de verzekering eindigt verstrekt De Friesland de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van

einde zorgverzekering. Hierop worden vermeld:

- a. naam, adres, woonplaats en sociaal-fiscaal nummer van de verzekerde;
- b. naam, adres, en woonplaats van de verzekeringnemer;
- c. adres en vestigingsplaats van De Friesland;
- d. de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
- e. of voor de verzekerde op die dag een eigen risico gold en zo ja met welke ingangsdatum, voor welk bedrag en de in verband daarmee verleende korting;
- f. de reden van beëindiging van de verzekering.

37. Geschillen

- 37.1 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door De Friesland, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij binnen een jaar nadat hem die beslissing is meegedeeld De Friesland verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de geschillencommissie van De Friesland.
- 37.2 Indien op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door De Friesland wordt gereageerd, dan wel De Friesland daarop niet tot tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde heeft gereageerd, kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Deze commissie brengt een bindend advies uit, met inachtneming van het reglement van de commissie.
- 37.3 Lid 2 doet niet af aan het recht van de verzekeringnemer of de verzekerde om een geschil tussen hem en De Friesland aan de bevoegde burgerlijke rechter voor te leggen. Heeft de verzekeringnemer of verzekerde het geschil reeds in een bodemprocedure voorgelegd aan de burgerlijke rechter, dan blijft lid 2 buiten toepassing.

38. Registratie persoonsgegevens

- 38.1 De in het kader van deze verzekering en/of de daarbij afgesloten aanvullende verzekeringen verstrekke persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door De Friesland gevoerde persoonsregistratie. Op deze persoonsregistratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing.
- De Friesland conformeert zich aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen die door het Verbond van Verzekeraars en de Nederlandse

Banken is opgesteld (zie daarvoor de website van het Verbond: www.verzekeraars.nl) en waaraan een apart addendum voor zorgverzekeraars is toegevoegd. Dit addendum is het voor De Friesland en haar verzekerden meest relevante document. Dit document kunt u op de website van De Friesland integraal raadplegen. Deze gedragscode is tevens desgewenst op aanvraag verkrijgbaar bij De Friesland.

Zorgeloos verzekerd bij De Friesland

Uitstekende verzekeringen tegen een scherpe premie, een deskundige afdeling Klantcontacten die u altijd vriendelijk en snel verder helpt, de zekerheid dat uw declaraties binnen 6 werkdagen verwerkt worden, gratis wachtlijstbemiddeling: bij De Friesland bent u zorgeloos verzekerd. Simpel: omdat alles draait om úw gezondheid. Daarom ontvingen we in 2006 van het NIVEL het hoogste cijfer voor klanttevredenheid – een 8,1 – en kozen met de komst van de Basisverzekering maar liefst 125.000 nieuwe klanten voor De Friesland!

U bent bij De Friesland ook welkom voor een goede en voordelige:

- Aanvullende Verzekering
- (Doorlopende) Reisverzekering
- (Doorlopende) Annuleringsverzekering
- Uitvaartverzekering

Kijk voor meer informatie op www.defriesland.nl